

同意書

増毛町長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求める事に同意します。

年 月 日

<被保険者本人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<配偶者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<代筆の場合>

(被保険者欄の代筆者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 (関係) _____

(配偶者欄の代筆者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 (関係) _____